Rok XXX. Kraków, 19 Września 1891. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobne kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O niezwykłéj przypadłości po prawidłowem wydobyciu zaćmy starczéj.

Podał
Dr. Bol. Wicherkiewicz.

Jak nie ma dwóch listków do siebie zupełnie podobnych, tak też każdy przypadek operacyjny nosi na sobie znamię pewnéj odrębności. Rzeczą operatora jest nie tylko patrzeć wszędzie, ale i widzieć takie właściwości, których rozumne statystyczne zestawienie, czynienie stosownych wniosków i zastosowanie ich do przyszłych rękoczynów stanowi złote doświadczeń naszych owoce.

Oczywiście odrębności poszczególne nie zawsze są tego rodzaju, aby mogły budzić zajęcie szerokich kół lub zasługiwały na ogłoszenie; są jednakże inne, które nietylko odrębnością zaciekawiają nas, ale które wymowne dają świadectwo pewnéj zasadzie lub nowym pomysłom torują drogę.

W pewnym kierunku czynić to może przypadek, który zaraz opisać będę miał sposobność:

Wioślarz K. G., 67 lat liczący, przedstawił mi się 23 kwietnia r. b. podając, iż przed rokiem zaniewidział na lewe, a późniéj nieco także na prawe oko.

Ogólny stan przemawiał za miernem odżywieniem. Bardzo słaby stopień inteligencyi nie pozwalał bliższych szczegółów wywiadowych od niego zasięgnąć, otoczenie zaś jeszcze dość obce, nie umiało także nic podać.

Spojówki lekko przekrwione, a przy wyciskaniu worka łzowego wychodzi odrobina ropiasto śluzowego płynu, zresztą przewody łzowe wolne, rogówki nieco małych rozmiarów, górą w lekki łuk starczy zaopatrzone; przednie komórki średniéj głębokości, źrenice wązkie, nieco słabo na światło oddziaływają. Obie soczewki przedstawiają się całe zaćmione, twarde, z lekkiem stłuszczeniem warstw przylegających do nieco zgrubiałéj przedniéj torebki: zgrubienie torebki silniejsze znacznie po lewéj stronie.

W moczu nie znaleziono żadnych ciał nieprawidłowych.

Po należytem przygotowaniu chorego, a mianowicie przestrzyknięciu przewodów łzowych sublimatem (1 : 1000) i kilkorazowem zastosowaniu okładów z wody ołowianéj, przystąpiłem nazajutrz do operacyi, któréj przebieg był następujący:

Chorego, któremu zapuszczono 3 razy 5% kokainę i raz jeszcze przestrzyknięto przewód łzowy sublimatem, ułożono na stół operacyjny. Najprzód zabrałem się do oka lewego:

Cięcie płatowe górne nożem Graefowskim około 5 mm. wysokie, wykłucie (kontrapunkcyję) zrobiłem przypadkowo wskutek drgnięcia chorego $^1/_2$ mm. bliżéj ku przodowi t. j. więcéj w przeźroczystéj rogówce aniżeli wkłucie. Gdy rozcinaczem torebkowym (cystotomem) nie udało się torebce zadać odpowiedniéj ranki, ująłem torebkę szczypczykami własnemi (przedłożonemi w r. 1889 Zjazdowi francuskich oftalmologów w Paryżu) i wydobyłem ją prawie całą, przyczem atoli twarda soczewka lekko okręciwszy się ku górze przesunęła się. Chcąc ją z oka wydobyć, najprzód haczykiem tępym zesunąłem ku dołowi w należyte położenie, poczem bez trudności udało mi się przez lekki tylko nacisk całą wydostać.

Oko wyglądało dobrze, płat rogówkowy przylegał dobrze, źrenica była czystą, tylko tęczówka lekko górą sfałdowana, ku ranie się zwracała. Chcąc ją odprowadzić sztylecikiem kauczukowym, schylam się po takowy w stronę instrumentów; w tejże chwili chory nagłym silnym zwrotem gałki ku dołowi sprawia pęknięcie powłoczki ciała szklanego (*hyaloidea*), a w ranie szeroko rozwartéj pokazuje się w znacznéj ilości ciało szklane. Wyjęcie rozwieracza, zapuszczenie ezeryny i założenie opaski, było dziełem jednéj chwili. Natychmiast przystąpiłem do operacyi prawego oka; z którego soczewkę podobnéj jakości jak i z lewego oka, ale o mniéj stwardniałéj torebce wydobyłem z łatwością przez ścisłe cięcie płatowe o prawidłowych rozmiarach.

Wypłukując swoim przyrządem małe resztki, odprowadziłem równocześnie końcem przyrządu wypadniętą tęczówkę, a po operacyi, jak do lewego oka, zapuściłem ezerynę. Chorego zaniesiono do łóżka.

Nazajutrz t. j. dnia 25/4, a zatem w 24 godzin po operacyi zmieniono opaskę z powodu, iż chory narzekał na ucisk w lewem oku: na powiekach trochę znajdowało się śluzu odczynowego, i to na obu oczach równo, zresztą żadne objawy zapalne nie zdradzały się zewnętrznie, dlatego bez odsunięcia powiek, zapuściwszy w prawe oko pilokarpinę, w lewe ezerynę, świeżą założyłem opaskę, którą, gdy chory

w dniach następnych nie narzekał na żadne dolegliwości, zmieniłem dopiero powtórnie dnia 27/4; płatki opatrunkowe przedstawiły się zupełnie suche a po lekkiem odsunięciu dolnych powiek żadna ciecz nie wystąpiła.

Już miałem świeżą założyć opaskę, gdy ciekawością zdjęty odsunąłem poprzednio lekko górną powiekę lewego oka; ku memu wielkiemu zadziwieniu przekonałem się, iż płat operacyjny rogówki, lekko zaćmiony zupełnie był odwróconym i załamanym ku dołowi, natomiast źrenica dobrze była zwężoną, leżała w główněj dolněj części za rogówką, a tylko mała jéj górna cząstka była obnażoną, a raczéj pokrytą warstewką ciała szklanego nicomal zupełnie przeźroczystego, o ile przy badaniu niezbyt przeciągającem się, można się było przekonać.

Niezwykły ten stan oka mieli sposobność stwierdzić nietylko dwaj moi asystenci, pp. drowie Szulisławski i Cichański, ale także uczęszczający do méj kliniki p. dr. Markowski.

Widząc, iż oko lewe będące bez wszelkiego podrażnienia, przedstawiało stan zupełnéj czystości (*asepsis*) pod względem chorobotwórczych drobnoustrojów, nie dałem sprawy za wygraną, lecz sondą dobrze wyjałowioną podniosłem odwrócony płatek rogówkowy i przyciskając do tylnéj wargi operacyjnéj, lekko powiekę nań zesunąłem, a zapuściwszy ezerynę, założyłem świeżą opaskę uciskową.

Nazajutrz (28/4) mogliśmy się przekonać, iż płat rogówkowy lubo lekko zaćmiony, pozostał w nadanem mu położeniu; wargi rany doskonale przylegały, przednia komórka była miernéj tylko głębokości, ale wyraźna, źrenica nieco niekształtna, dosyć wązka i czysta. W prawem oku przebieg był idealnie prawidłowym, dlatego w dalszym opisie zupełnie oko to pomijam. Zapuściwszy do lewego oka znowu kropelkę ezeryny, zastósowałem jeszcze raz opaskę uciskową.

Dnia 29/4 znalazłem powiekę górną lewego oka trochę nabrzmiałą, płat rogówkowy dobrze przylegający, przeważnie w górnéj części tuż przy gładkiéj bliźnie ranki operacyjnéj zaćmiony. W części dośrodkowéj rogówki zaćmienie nieznaczne, przeświecające i powoli ku środkowi gubiące się. Źrenica owalna, nieco w stronę nosa przesunięta z powodu lekkiego tamże zmarszczenia się tęczówki.

Dalsze leczenie polegało na codziennem opłukiwaniu słabym roztworem sublimatu, zapuszczaniu pilokarpiny i zakładaniu opaski jeszcze przez kilka dni.

W następstwie zaćmienie rogówki coraz więcéj się zmniejszało i lekka wydzielina spojówkowa pod wpływem siarczanu cynku zmniejszała się tak, że 12 maja r. b. mogłem przekonać się, iż zaćmienie rogówki we warstwie dośrodkowéj tylko przez lupę było jeszcze widzialnem. Przednia komórka zagłębiła się więcéj, źrenica po zaprzestaniu zalewania ezeryny względnie pilokarpiny rozszerzyła się i przesuniętą była ku górze. Z powodu tylnych zrostów punkcikowatych, na zewnątrz i wewnątrz w poziomym południku umieszczonych, przybrała źrenica postać owalną. Badanie wzroku dokonane po raz pierwszy dnia 20/5, wykazało na prawem oku 6/36 Hp. 11, na lewem oku palce na 12' + 12.

Za pomocą wziernika w obydwu oczach jak najdokładniéj widzieć było można prawidłowe dno oka; w lewem było ono przez lekkie zaćmienie ciała szklanego nieco przyćmione, przy ukośnem oświetleniu wyraźniéj zarysowywało się zaćmienie przybrzeżnéj warstwy rogówki, do któréj z góry dochodziły naczynia włoskowate.

Astigmometr Javala wykazał bardzo silną nieprawidłową niezborność rogówki, co tłomaczyło względnie słaby stopień wzroku wobec przeźroczystéj źrenicy i względnie prawidłowego dna oka.

Z powodu ogólnego osłabienia chory przez długi czas wcale nie mógł się przedstawić. Dziś dopiero (d. 16/7) przezemnie celem dokładnego zbadania do kliniki sprowadzony, przedstawiał taki stan ócz:

Prawe oko wygląda prawidłowo, jakby nieoperowane, źrenica okrągła, ruchoma, czysta, z wyjątkiem górno-wewnętrznéj części zasłoniętéj resztką torebki. Lewe oko przy pobieżnem badaniu w odległości nie różni się od prawego; uniosłszy powiekę górną, widzimy mało co zmniejszone zaćmienie rogówki, źrenicę owalną jak dawniéj, za pomocą lupy i przy bocznem oświetleniu zauważa się zaćmienia ciała szklanego od górnego brzegu źrenicy w części przyrośniętego do rogówki, ciągnące się ku tyłowi. Wziernik wykazuje u tegoż oka prócz powyżéj wspomnianych nieco silniejszych zaćmień ciała szklanego jeszcze drobnopyłkowe męty, wskutek czego dno oka przedstawia się jak we mgle, można jednakże rozpoznać tarczę prawidłową i odczepienie siatkówki najsilniejsze dołem na wewnątrz. Granica odczepienia niewyraźna. Badanie wzroku wykazuje na oku prawem 6/18 Hp. 12 (dość znaczna niezborność) Sn. 0,8 i +16 na 20 cm., na lewem oku ruchy ręki dołem na wewnątrz.

Czy wynik badania wzroku wobec bardzo miernéj inteligencyi operowanego był zresztą miarodajnym, śmiałbym powątpiewać. Czystość rogówek i prawidłowo przedstawiające się dno oka jednego i drugiego, przemawiają za tem, iż tutaj wzrok powinien był być lepszym. Ale godząc się nawet na to, do czego zeznania operowanego nas uprawniały, przyznać musimy, iż na taki wynik po tym jedynym dotychczas może przebiegu pooperacyjnym, przygotowanymi być nie mieliśmy prawa Zresztą bystrość wzroku nie odgrywa w téj sprawie tak ważnéj roli, są inne okoliczności, które nasuwają nam pewne myśli.

Wiadomo, że A. Graefe z obawy przed ropieniem rogówki, którem nie rzadko kończyła się Davielowska operacyja zaćmy, starał się zastąpić cięcie płatowe, które w danym razie miało usposabiać do tego niebezpiecznego przebiegu, innem, któreby możność ropienia wykluczało: *„Je weiter ein Schnitt aufklappt, desto leichter und vollständiger haben wir den Linsenaustritt zu erwarten, aber desto grösser ist bei schlechter Heiltendenz die Gefahr der Wundprocesse“ (Arch. f. O.* XI, c. 5).

Mooren (*Ophthalmiatrische Beobachtungen* 1867, Berlin pag. 231) przypisywał tęczówce najważniejszą rolę w powstawaniu ropnych zapaleń pooperacyjnych, i dlatego tęczówkę kilka tygodni przed wydobyciem zaćmy polecił wycinać z własnego doświadczenia.

Dziś wobec teoryi o drobnoustrojach, jako jedynych sprawcach ropienia, nie ma powodu obwiniać rodzaj cięcia, pozostałości soczewkowe lub zapalenie tęczówki jako sprawców ropienia rogówki po operacyjach zaćmy. Wiemy zaś, że choćby najniezręczniéj operacyję wykonano, choćby rozmaite części oka przytem były podrażnione, a nawet znaczne części soczewki pozostały w oku, nie przyjdzie do sprawy ropienia, byle tylko przebieg operacyi odbył się wśród warunków ściśle aseptycznych t. j. wykluczających wszelki przystęp drobnoustrojów chorobotwórczych

Czyż może kiedykolwiek rogówka, jak w naszym przypadku, w skutek odwinięcia zupełnego pozostawać w mniéj korzystnych warunkach odżywienia i mniéj nadawać się do spraw ropnych? a jednak tutaj ropienie nie nastąpiło, bo brakło niezbędnych do tego drobinek.

Ciekawą zaś niezmiernie okolicznością jest to, iż płat rogówkowy po 3 dopiero dniach podniesiony jeszcze przyrósł do pierwotnego miejsca. Przypomina nam to polecenie Kochera (*Volkmann's Samml. kl. Vortr.* Nr. 224), który zdaje się pierwszy zwrócił na to uwagę, iż rany byle ściśle aseptycznie opatrzone, zeszyte po dwóch dniach (*Secundärnath*) zrastają się bez ropienia i spostrzeżenie to zastosowywał w poszczególnych przypadkach dla pominięcia sączków, któreby z innych względów były wskazane. Metodę tę przyjęli

także inni (B. Urwicz, *Wracz* 1886, Nr. 19), sam zaś w r. 1886 na Zjeździe lekarzy w Berlinie (Graefe *Arch. f. Ophthal.*) wykazałem na podstawie dość licznych obserwacyj, iż wielkie płaty skóry w całéj grubości zupełnie zkądinąd oddzielone a przystósowane bez mostku drugiego lub trzeciego dnia do rany przygotowanéj i aseptycznie pod opaską utrzymanéj, przyrastają bardzo dobrze.

W jakich razach z doświadczenia tego korzystać wypada, nie tu miejsce o tem rozstrzygać. Dość, że takie późne zagojenie doraźne jest możliwem, lecz warunkiem niezbędnym do tego ścisła aseptyka.

Co w innych tkankach stwierdzono już wielokrotnem doświadczeniem, to w naszym przypadku lubo niezamierzonem okazało się także zastosowanem do rogówki.

W jaki sposób wyobrazić sobie winniśmy sprawę zagojenia? Wiemy (Arlt. *Compendium der norm. und path. Hist. des Auges.* Wiessbaden 1880, p. 34), że przy gładkich ranach rogówkowych już w trzy godziny brzegi rany nacieczone są leukocytami. W 8—10 godzin przychodzi do wytworzenia się w ranie istoty włóknikowéj wchodzą także leukocyty. Brzegi warstwy Bowmana zwracają się w rankę, w którą po 2—3 dniach nabłonek wybujawszy silnie, wrasta w przewód ranki, przyczem wytworzona istota włóknikowa zamienia się na coraz więcéj skupiającą się tkankę łączną.

W naszym przypadku, gdzie brzegi rany daleko od siebie były oddalone, przyszło także do wytworzenia się istoty włóknikowéj, która utrzymała się w stanie aseptycznym. Po podniesieniu się płata i przylgnięciu brzegów wkrótce nastąpiło ich zlepienie i sprawa zagojenia wzięła ten sam obrót jak po świeżo utworzonéj ranie.

Śródbłonek obnażonéj tęczówki wyrastając we warstwę cienkich komórek wrzecionowatych złączył się w podobnąż warstwę powstałą ze śródbłonka błonki Descemeta tam, gdzie najwięcéj do siebie te warstwy przylegały, to jest wzdłuż brzegów ranki względnie tęczówki, co sprawiło wytworzenie się przedniego szerokiego zrostu.

Ciało szklane w znacznéj części cofnęło się wkrótce, a silne zwężenie źrenicy wstrzymało dalsze tegoż wypadnięcie. Dzięki aseptycznemu stanowi oka pozostała bez odczynu nawet ta cząstka ciała szklanego, która się przed źrenicą usadowiła. Późniéj uległa ona albo wessaniu (?) albo zamieniwszy się znanym sposobem w tkankę łączną do ściślejszego połączenia rogówki z tęczówką w górnym pasie pierwszéj przyczynić się mogła.

Są to oczywiście tylko przypuszczenia, któreby się dały dopiero stwierdzić, szeregiem badań histologicznych, tutaj lekko tylko o nie potrącić pragnąłem.

Większe natomiast znaczenie przypisuje wnioskom, które się nasuwają na podstawie powyższego doświadczenia i to nasamprzód: **że nie rodzaj cięcia przyczynia się bezpośrednio do spraw ropnych w rogówce po operacyjach zaćmy, ale wyłącznie brak należytéj aseptyki — a powtóre, że rany rogówki i po kilku jeszcze dniach mogą zagoić się doraźnie, skoro wymogom aseptyki zadość uczyniono.**

Lekarz, który pierwszy ma sposobność widzieć zranionego, winien więc, jeżeli sam leczenia specyjalnego podjąć się nie może, przedewszystkiem użyć wszelkich środków, nad któremi pracuje, dla zabezpieczenia oka zranionego przed wpływem drobinek chorobotwórczych i odesłać chorego okuliście, któryby po kilku jeszcze dniach zdołał może w niejednym przypadku zręcznem wkroczeniem większe nawet rany rogówkowe do zagojenia doraźnego doprowadzić.

II. O wpływie cukrzycy *(diab. mellitus)* na części płciowe kobiety.

Podał

Dr. Stroynowski ze Lwowa.

(Dok. Patrz Nr. 37).

W *Centralblatt f. Gynaekologie* 1888 Nr. 31 ogłasza Dr. Nebel: *„Casuistische Beitraege zur Atrophie der weiblichen Genitalien bei Diabetes mellitus“*. Autor przytacza jeden bardzo ciekawy przypadek. Chora lat 37, 6 porodów, ostatni przed 7 miesiącami. Objawy cukrzycy już podczas ostatniéj ciąży choréj bardzo dokuczały, nieznośne pragnienie i nadmierne oddawanie moczu. Od 7-go miesiąca ciąży nagły, bardzo znaczny wzrost macicy, w 8-mym miesiącu wdrożono poród przedwczesny, gdyż wskutek powiększania się macicy występowały groźne objawy. Dziecię bardzo wątłe żyje 4 dni. Objawy cukrzycy pozostały po porodzie, a czyszczenia miesięczne nie ponowiły się. Macica uwiędła, $4\frac{1}{2}$ ctm.

Wspomnieć mi wypada jeszcze o pracy p. Gotarda (*Thèse de Paris*), ktorą znam jedynie z referatu w *Centrbl. f. Gynaekologie* Nr. 24 z r. 1890. *Diabetes im puerperalen Zustande.* Témesvary, Peszt. Referent wspomina, że Godard rozróżnia lekką i ciężką cukrzycę, że lekka ustać może zupełnie po porodzie, cukrzyca w ciężkiéj postaci zwykle kończy się śmiercią w krótkim czasie po porodzie. Silnie zaznacza, że karmienie zarówno w lekkiéj, jakoteż i ciężkiéj cukrzycy wpływa bardzo niekorzystnie na stan ogólny, jako też na samą cukrzycę.

Przytoczywszy wszystkie przypadki z dostępnéj mi literatury, przystępuję do własnych spostrzeżeń. Od r. 1879 do dziś obserwowałem 11 przypadków, u wszystkich chorych były objawy ze strony narządów płciowych, gdyż właśnie te cierpienia były powodem, że się do mnie zgłaszały. Muszę zwrócić uwagę szan. Kolegów, że cały materyjał zebrany z praktyki prywatnej, co znacznie utrudnia ścisłą obserwacyję.

(Patrz tablice na odwrotnéj stronie).

Z tych 11 chorych kobiet zaliczyć należy do grupy I. t. j. do takich, u których peryjody ustały z powodu wieku 3 miało (3. 5. 9) wiek 56, 43, 64.

Zaznaczyć muszę, że jedna chora licząca dopiero lat 43, utraciła czyszczenia miesięczne w 41 r. życia, niezawodnie przedwcześnie.

Siedm chorych kobiet należy zaliczyć do grupy II, tj. śród rozkwitu (1, 2, 4, 6, 7, 8, 11), co do wieku liczą one lat 30, 34, 50, 26, 39, 38, 29. U dwóch kobiet 30, 34 lat liczących nastąpił już zupełny zanik macicy, peryjodów od dłuższego czasu nie było, a wobec stwierdzonego zaniku z pewnością się nie powtórzyły.

Trzy kobiety (7, 8, 11) w wieku lat 39, 38, 29, odznaczają się tem, że peryjody występują bardzo nieregularnie tj. bardzo słabo i krótko trwające, z wydzieliną wodnisto-krwawą, i że czas pomiędzy każdym peryjodem przedłuża się nawet do kilku miesięcy a u jednéj choréj wyraźnie rozpoczyna się zanik macicy. U choréj liczącéj lat 26 (6) pe-

1	30	wieśniaczka	4 dzieci ostatnie przed 4 laty	b. silna cukrzyca	b. znaczne wychudnienie	*Atrophia uteri et ov. Amenorrhoe* prawie od roku	długi czas nie leczona	prawdopod. zmarła
2	34	"	2 dzieci ostatnie przed 7 laty	"	średnio wychudła	*Atrophia uteri Amenorrhoe* od ½ roku	jakiś czas się leczyła	uchyliła się od obserw. pr. zmarła
3	56	wdowa po księdzu	kilkoro dzieci	"	wychudła	Peryjody utraciła w 49 roku życia *pruritus vulvae prolap. vag. anterioris*	leczyła się przez 2 lata	zmarła, *coma diabet.*
4	50	żona kupca szynkarza	4 dzieci	mierna cukrzyca	dobre wejrzenie	*pruritus vulvae, menses Uterus auctus.*	leczyła się u mnie dłuższy czas, bywa w Karlsbadzie	żyje
5	43	właścicielka realn.	3 dzieci ostatnie przed 12 laty	"	dość dobre	peryjod utraciła w 41 roku życia, obecnie *Atrophia uteri*	zachowuje dyjetę, jeździ do Karlsbadu	"
6	26	żona kapitana	1 dziecko 1 poronien.	początkowo b. silna cukrzyca ob. znacznie lepiéj	wątła, ale cera niezła	peryjody przeciągają się co 6—7 i 8 tygodni lecz dość obfite, prawd. *Abortus* już podczas cukrzycy	zachowuje dyjetę, 1 raz w Karlsbadzie	"
7	39	żona mechanika	3 dzieci	średnia cukrzyca	dość dobre wejrzen., cera blada	peryjody co 3—4 miesięcy *ulcus atrophicans*, lekki *pruritus*	zachowuje dyjetę	"
8	38	żona oficera sztabow.	bezdzietna	b. mierna cukrzyca	wejrzenie dobre, jednakowoż wychudła, gdy poprzednio była otyłą	peryjody zawsze b. słabe zaledwo 1—2 dni trwające *pruritus*, który ustąpił.	"	"
9	64	żona kupca kuśnierza	kilkoro dzieci	obecnie cukrzyca b. słaba	wejrzenie dobre	kilkakrotnie *pruritus*. naturalnie *atroph. senilis*	zachowuje dyjetę, rok rocznie Karlsbad	"
10	17	córka nauczyciela	virgo	przemijająca cukrzyca	dość dobre, niedokrewna	w 15 r. raz peryjody, odtąd nie ma, nie badałem jéj	obecnie zachowuje dyjetę	"
11	29	żona urzędnika	bezdzietna	mierna cukrzyca	dobre	peryjody 1—2 dni trwające co 5 tygodni, *ulcus parvum 6 cut. Dysmem.*	zachowuje dyjetę	"

ryjody są dość obfite, ale opóźniają się również, a li tylko u jednéj choréj liczącéj rok 50-ty (4) do dziś bywają peryjody i pozostało dobre wejrzenie, jestto osoba bardzo otyła, cierpi prócz tego na świąd, cukrzycę mierną i leczy się konsekwentnie od dłuższego czasu. Macica sama jest powiększona. *Metritis chronica.*

Do III grupy zaliczyć muszę jedną chorą (10) liczącą lat 17, u któréj cukrzyca występuje peryjodycznie i która tylko raz przed 2 laty miała czyszczenie miesięczne.

Spostrzeżenia moje nakłaniają mnie do kilku uwag.

1) Zgodnie ze zdaniem p. Lecorché zauważałem, że cukrzyca często występuje w wieku pomiesiączkowym, jak-

kolwiek z moich spostrzeżeń należy większość do kobiet śród rozkwitu.

2) Powtóre, że cukrzyca występująca w wieku rozkwitu przebiega ostrzéj, aniżeli w czasie pomiesiączkowym.

3) Że zanik macicy i jajników i tem samem utrata czyszczeń miesięcznych jest następstwem cukrzycy, gdyż objawy cukrzycy wcześniéj występują, a mam nawet jeden tak zwany klasyczny przypadek; jestto chora (7), którą obserwuję od kilku lat, chora ta od dłuższego czasu cierpi na cukrzycę, a obecnie rozpoczyna się rozwijać zanik macicy; czyszczenia miesięczne coraz rzadziéj występują, mimo iż liczy dopiero lat 39, macica wątleje; obecnie ma 6 centym., postęp w zaniku mimo ściśle przestrzeganéj dyjety.

5) Że zanik macicy tem rychléj postępuje, im mniéj się zważa na istnienie cukrzycy i na odpowiedne zachowanie, dowodem wieśniaczki (1, 2), u których niewątpliwie nieodpowiedne pożywienie przyczyniło się do tak rychłego skonu.

5) Że nietylko zupełny brak czyszczeń miesięcznych, ale skąpe i rzadkie występowanie tychże jest niekiedy objawem cukrzycy. Na podstawie moich spostrzeżeń powiedziałbym, że zawsze zanim wystąpi zanik macicy poprzedza nieregularne występowanie tychże, zdaje mi się, że Lecorché w tym względzie cokolwiek za mało zwracał uwagi, a bacznièj śledzili Hofmann, Cohn, Nebel.

6) Że wartość rozpoznawcza tych objawów częstokroć ułatwia wykrycie cukrzycy. Wydawało mi się kilkakrotnie że kolega-internista nie miał powodu do podejrzenia o cukrzycę, ja zaś na podstawie tych właśnie objawów badałem mocz dokładnie i rozpoznawałem cukrzycę.

7) Że świąd *(pruritus)* jest bardzo częstym objawem cukrzycy, lecz nie jedynym, mówiąc nawiasem w podręcznikach medycyny wewnętrznéj nawet najlepszych jak n. p. Eichhorst-Strümpel brak wyż wspomnianych objawów.

8) Że zwykłe leczenie cukrzycy za pomocą dyjety, wód karlsbadzkich i t. d. wywiera stanowczo zbawienny skutek na objawy pochodzące od części płciowych t. j. że w miarę ustępywania cukru w moczu opóźniają się oraz objawy zaniku i polepszają się objawy świądu.

9) Że świąd *(pruritus vul.)*, najczęstszy objaw cukrzycy, leczeniem miejscowem połączonem z ogólnem leczeniem, można usunąć. Zmywania 2—3—3½% wodą karbolową miejscowo dają najkorzystniejszy wynik.

Nie miałem sposobności spostrzegania cukrzycy u kobiet ciężarnych, lub też podczas porodu i połogu. W jednym tylko przypadku prawdopodobnie poronienie odbywało się już u choréj na cukrzycę (6), chora 26-letnia, cukrzycę wykazałem w kilka tygodni późniéj, obecnie po kuracyi karlsbadzkiéj ma się nierównie lepiéj.

Nakoniec jeszcze kilka uwag co do rokowania. Niewątpliwie cukrzyca występuje pod dwiema postaciami. Lekka cukrzyca zwykle u osób na pozór bardzo dobrze wyglądających, nawet otyłych, przebiega bardzo skrycie, przez dłuższy przeciąg czasu bez groźniejszych objawów, chociaż występuje czasami nagłe pogorszenie oraz ujawnia się brakiem odporności w przebiegu innych chorób, równocześnie występujących; z tego powodu stać się może groźną. Podlegają jéj w ogóle ludzie wieku starszego. Seegen twierdzi, że w tych przypadkach tylko jeden narząd t. j. wątroba prawdopodobnie nie wykonywa należycie swych czynności, mianowicie utraciła możność przeistoczenia węglowodorów w sposób prawidłowy. Wpływ téj lżejszéj cukrzycy na narządy płciowe kobiet jest bez porównania łagodniejszy. Zachowanie ścisłéj dyjety, używanie stosownych wód i leków usuwa częstokroć zupełnie taką cukrzycę, a mówiąc słowami Seegena, wydzielają chorzy stosunkowo tyle cukru ile w potrawach sobie przyswoili.

Ciężka cukrzyca to choroba całego ustroju, występująca częściéj u osób młodszych. Seegen dla téj ciężkiéj postaci cukrzycy daje następującą definicyję. Wydzielanie cukru przez mocz jest oznaką, że całe ciało, albo znaczna część tegoż, utraciła możność spożytkowania cukru w krwi się znajdującego. W ciężkiéj cukrzycy mimo zastosowania odpowiednéj dyjety i leków nie zmniejsza się ilość wydzielanego cukru w moczu. Objawy szybkiego wychudnienia występują raźno i w tych to przypadkach zanik macicy i jajników bardzo rychło postępuje, a koniec zwykle w krótkim czasie bądź to jako *coma diabeticum*, — bądź to jako ogólny uwiąd.

III. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny.

(Obszerniejsze rozwinięcie wykładu mianego w sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Podał

Dr. med. Br. Ziemiński (z Warszawy).

(Dok. Patrz Nr. 37.)

W celu wzmożenia własności przeciwgnilnych trójchlorku jodu, a zarazem w celu uniknięcia podrażnienia oka, posługujemy się dobrze ogrzanemi roztworami tego przetworu, a to w ten sposób, iż sami *ex tempore*, przy użyciu wody gorącéj, przysposabiamy potrzebne nam roztwory.

Wobec tego, że spostrzeżenia kliniczne i wyniki badań bakteryjologicznych wykazały, że samo opatrywanie ran płynami antyseptycznemi nie jest w stanie zapewnić aseptycznego przebiegu gojenia się ran, gdyż roztworów przeciwgnilnych, używanych do ich spłókiwania, nie można stosować w ilości dostatecznéj i w dostatecznem zgęszczeniu: wobec tego tedy chirurgowie zwracać się zaczęli do suchéj metody aseptycznego leczenia ran (Landerer, Bergman, C. Koch, Kurz), opłókując je płynami odkaźnemi tylko w przypadkach wyjątkowych, gdzie istnieją szczególne ku temu wskazania. W okulistyce nie jest się w stanie ściśle kierować zasadami suchéj metody zarówno z powodu właściwości pola operacyjnego, jako też z powodu rodzaju operacyj, dokonywanych na gałce ocznéj, tudzież objawów następczych, stąd wynikających. Mimo to, w leczeniu ran zadanych oku, zaszła w tym kierunku reakcyja poważna przeciw dotychczasowemu sposobowi postępowania przeciwgnilnego, przeciw dotąd ogólnie rozpowszechnionéj metodzie irygacyjnéj.

Wyjałowienie wszystkiego, cokolwiekbądź może się zetknąć z raną, tudzież skrupulatne oczyszczenie powierzchni zewnętrznéj powiek, zwłaszcza zaś ich brzegów, jest niezbędnem. A choć zraszania obfitszego błony śluzowéj nie można zupełnie zaniechać, należy przecież wskazanie ku temu ograniczyć do przypadków, w których faktycznie tkwi w worku spojówkowym sprawa gnilna jak to niechybnie ma miejsce przy zapaleniu przewlekłem woreczka łzowego. Spojówkę niewątpliwie zdrową powinno się łagodnie tylko zwilżyć. Spłókanie chorobowo zajętego worka spojówki nie zawsze

doprowadzić może do stanu aseptyczności tegoż, jednak niezbicie stwierdzono, iż zmywanie błony śluzowéj oka wodą chlorową lub rostworami sublimatu albo trójchlorku jodu w każdym razie, jeśli już nie niszczy tamże istniejących mikrobów, to napewno zmniejsza ich ilość tudzież ich żywotność — działa więc jeśli nie antyseptycznie, to przynajmniéj k o l i s e p t y c z n i e (κωλύω = wstrzymać, tamować, przytłumiać i σῆψις = gnicie), to jest, hamuje rozwój drobnoustrojów. Stosowane, w celu wyjałowienia, równie energiczne przemywania spojówki raz wodą wyjałowioną, a w innym razie i należnie rozcieńczonem rostworam przeciwgnilnemi dają wyniki, stale przemawiające na korzyść bardziéj skutecznego środka antyseptycznego (Felser l. c.). Sprzeciwia się to zdaniu, iż można równie dobrze wyjałowić worek spojówkowy sposobem czysto mechanicznym, mianowicie, strumieniem choćby wody sterylizowanéj.

A więc, w miarę możności wyjaławiamy pole operacyjne przed rozpoczęciem operacyi, a następnie unikamy lub też ograniczamy do niezbędnego minimum doprowadzenie do rany wszelkich płynów obcych dla ustroju: w zasadzie uważając dla wyniku operacyi za szkodliwe — i na podstawie zapatrywania teoretycznego, i z doświadczenia klinicznego, dawniéj stosowane obfite spłókiwanie rany płynami bądźcobądź nieobojętnemi.

Czas wreszcie było dojść do przeświadczenia, iż tego rodzaju znęcanie się nad tkanką żyjącą, nie będąc w stanie odkazić jéj, znacznie natomiast osłabia odporność utkania w danéj okolicy, a nieraz na szwank naraża siły żywotne całego ustroju.

W przeważnéj liczbie przypadków sprawa ropna polega na wniknięciu do ustroju mikrobów swoistych, trzeba atoli przyznać, że jeśli nawet ropne drobnoustroje w pewnéj liczbie utkwiły w tkankach, to wówczas tylko mogą rozwinąć swoją działalność, skoro nastąpiło pewne zaburzenie w prawidłowéj odporności utkania, a to dzięki wpływowi bodźców mechanicznych lub chemicznych, albo też dzięki zmianom ogólnym w ustroju. Uznać więc należy te czynniki niejako za okoliczność usposabiającą, bez któréj sprawa ropna niełatwo może wybuchnąć. Ustrój zdrowy i silny jest w stanie w pewnéj mierze uczynić nieszkodliwemi zarazki o przyrodzie chorobotwórczéj, a jedynie ustrój osłabiony i podkopany przez zaburzenia, głęboko w nim rozwielmożnione, nie może ostać się wobec skutków najścia mikrobów.

Wypowiedzenie walki drobnoustrojom, na téj linii bojowéj jest zadaniem objektywnéj antyseptyki pośredniéj, która ma usunąć warunki bytowe nieodzowne dla mikrobów.

Zatem, winniśmy jak najdokładniéj być powiadomieni, co do ogólnego stanu zdrowia chorego, zwłaszcza — wiedzieć, ażali w danym razie nie istnieje jakiekolwiek głębiéj w ustroju zakorzenione cierpienie, ażali ustrój nie jest wycieńczony skutkiem przebytych chorób. W razie możności obowiązani jesteśmy doprowadzić do równowagi lub przynajmniéj pokrzepić siły życiowe. Wreszcie i w okresie doleczania nie należy ani na chwilę nie lekceważyć ogólnego stanu chorego.

Na przebieg aseptyczny gojenia się rany niemały też wpływ wywiera sama technika operacyjna. Jeśli operacyja nie idzie gładko, jeśli przy całym rękoczynie nie unika się jak najstaranniéj zbytecznego obrażania tkanek (narzędzia muszą być bez zarzutu), jeśli rękoczyn utrudnia osiągnięcie rychłozrostu, to w takim razie korzystanie z całego arsenału środków bakteryjobójczych na nic się nie przyda, a o racyjonalnie pojmowanéj antyseptyce nie może być wówczas mowy.

Przesadnem i jednostronnem jest zapatrywanie, że wszelkie niepomyślne następstwa zranienia przypisuje się zarazkom. Zadaniem każdego chirurga ma być zarówno wzmocnienie sił żywotnych chorego, jakoteż staranne unikanie już na kilka dni przed operacyją wszelkich bodźców, pochodzących z zewnątrz, a sprowadzających zbytni nawał krwi do oczu (jakoto: wiatr, kurz, czuwanie nocne, środki drażniące, n. p. sublimat tudzież silniejsze roztwory lapisu), a prócz tego już po dokaniu operacyi usunięcie podrażnień miejscowych w okolicy zranienia, wynikających z samegoż ustroju chorego. Po każdem zranieniu wzmaga się parcie krwi w danéj okolicy, gdyż skutkiem urazu, właściwiéj mówiąc, skutkiem bodźca urazowego wynika znaczniejszy dopływ krwi do téj okolicy i obfitszym staje się wysięk. A zwiększone parcie krwi i wysięk obfitszy są bodźcami, które mogą przeciwdziałać przebiegowi aseptycznemu gojenia się rany. Tym zaburzeniom zaradzić można, stosując zwiększony ucisk z zewnątrz na okolicę, w któréj operowano. Stosowanie takiego ucisku co najmniéj również sprzyja aseptycznemu gojeniu się rany, co i aseptyka materyjałów opatrunkowych, tudzież narzędzi.' Lecz taki ucisk sam też może stać się zródłem podrażnienia a jeśli jest zbyt znacznym, wówczas utrudnia sprawę odżywiania w téj części ciała. Przeto, musi ten zwiększony ucisk zewnętrzny niezbędnie być elastycznym, jeśli odżywianie okolicy uciśniętéj nie ma na tem ucierpieć.

Wiele trzeba mieć wprawy i zrozumienia istniejących warunków, aby wyciągnąć korzyść największą z elastycznego opatrunku uciskowego, który niewątpliwie nader pomyślny a znaczny wpływ wywiera na gojenie się ran.

Wogóle, co do metody opatrunkowéj przy operacyjach ocznych, należy pamiętać o znanéj oddawna zasadzie chirurgicznéj, że jednym z niezaprzeczenie najważniejszych warunków do osiąganięcia bezpośredniego gojenia się rany jest spokój narządu i to spokój tak zupełny, na jaki tylko zdobyć się można bez narażenia na szwank ogólnego stanu chorego.

Z uwagi, że nie możemy tak często, jakby to należało, usuwać wszelkie możliwe wydzieliny i wydaliny z okolicy operowanéj: przeto trzeba posługiwać się takim materyjałem opatrunkowym wyjałowionym, który w zupełności mógłby je w siebie wchłaniać. Wiadomo, że nie jest się w stanie hermetycznie odciąć dostępu powietrza do rany, stąd więc wynika, iż bądźcobądź powietrze w pewnéj mierze musi stykać się z raną. W tem przeświadczeniu, nakłada się opatrunek w taki sposób, żeby, o ile można, jak najczystsze powietrze swobodnie, bez przeszkód mogło przenikać materyjały opatrunkowe, wówczas bowiem wessane przez nie wydzieliny i wydaliny ulegają utlenieniu i wyschnięciu[1]).

Ci zaś, którzy nakładają wrzekomo szczelnie przylegający opatrunek, czynią to w przekonaniu, iż powietrze szkodę ranie przynosi, iż wywołuje choroby przyranne, sądzą zatem, że należy uniemożliwić dostęp powietrza. Obecnie każdy wie,

[1]) Lecz niekiedy, zwłaszcza wobec ran powierzchownych skóry, pożytecznem być może pomieszczenie między warstwami opatrunku kawałka materyjału nieprzenikliwego (papieru gutaperkowego lub pergaminowego); w przeciwnym razie, przy zdejmowaniu opatrunku, zrywałoby się delikatny naskórek.

iż powietrze, jako takie, nie wywiera wpływu szkodliwego, ani na zdrowe, ani też na zranione części ciała. Przeciwnie, działa ono dobroczynnie na cały ustrój. Jedynie zawieszone w powietrzu zarazki ujemnie wpływają na ranę, należy też bronić im dostępu. Chory ma pozostawać w atmosferze możliwie wolnéj od nich. Zresztą, do rany, pokrytéj materyjałami opatrunkowemi, dochodzi już przefiltrowane powietrze, przeszło ono bowiem przez warstwy gazy lub bawełny odtłuszczonéj. Nadto zapomina się, iż zarazki z atmosfery wnikają do ustroju nietylko przez ranę, lecz i przez drogi oddechowe. A wszak zarodki chorobotwórcze, wnikające przez płuca, o wiele szybciéj wchłonięte, oraz przez obieg krwi porwane zostają, aniżeli wówczas, kiedy osiadają na ranie. Z licznych zaś badań bakteryjologicznych wnioskować można, iż tak chorobotwórcze jak i niechorobotwórcze mikroby, krążące we krwi, tudzież ich wytwory trujące wydalane bywają wraz z wydzielinami różnych narządów ustroju. Passet dowodnie wykazał przenoszenie się stafylokoków ropnych do wydzieliny spojówkowéj. Niedostatecznie tylko stwierdzono, czy to wydalenie następuje przy braku wszelkich uszkodzeń histologicznych w tkankach, czy też skutkiem, jak dotąd niedostrzegalnych zmian patologicznych. Świadomość tych faktów sklania nas do większego względniania możliwości zakażenia z powietrza, aniżeli to obecnie ma miejsce w chirurgii.

Wyniki, dotyczące krążenia tudzież wydalania zarazków z ustroju, nadają wysokie znaczenie pośredniéj antyseptyce objektywnéj, któréj zadanie poprzednio wyłuszczyliśmy, zwłaszcza zaś antyseptyce pośredniéj przy operacyjach ocznych.

Narząd wzroku obfituje w przeróżne gruczołki, stąd więc przeróżne sprawy wydzielnicze tu się odbywają. A im zdrowszym jest ustrój, tym wolniejszemi od zarazków są jego wydzieliny i wydaliny, tym słabszemi są ich własności zakaźne w razie zetknięcia się z raną.

W konkluzyi zaznaczymy, iż doświadczenie kliniczne poucza, że najidealniejsze przypadki gojenia się ran ocznych, zadanych przez operatora aseptycznego, spotyka się wówczas, kiedy nie stosuje się do rany żadnych cieczy obcych dla ustroju. Nie zapominajmy, że ustrój nasz nie jest probówką, napełnioną agarem. Ciało nasze rozporządza siłami, które wprawdzie w pewnych granicach — dają możność skutecznego zwalczania obcych mu drobnoustrojów pasorzytnych. Wiele czasu upłynęło, zanim lekarze, błądząc po różnych manowcach, doszli do właściwego zrozumienia zasad racyjonalnéj antyseptyki.

Ćwierć wieku mija od chwili, w któréj Lister zapoznał świat lekarski z swoją genijalną metodą. Wycisnęła ona wyraźne piętno na wszystkich niemal gałęziach nauki lekarskiéj. Zrazu sądzono, iż kwestyja leczenia ran została ostatecznie rozwiązaną. Przekonano się, iż tak ostatecznie nie jest. Stopniowo też co raz więcéj modyfikowano pierwotną metodę antyseptyczną Listera. Nie należy dziwić się temu. Lister oparł swe postępowanie na podstawie empiryczné;, a, nie znając właściwych wzbudzaczy zakażeń przyrannych, zalecał niepotrzebnie skomplikowane przepisy zachowania się przy zabiegach chirurgicznych. Dopiero w ostatniem dziesięcioleciu, dzięki olbrzymiemu rozwojowi bakteryologii, dzięki sumiennym badaniom R. Kocha, tudzież całego legijonu jego uczniów nad działaniem środków odkażnych na różnorodne drobnoustroje, nadano racyjonalniejszy kierunek leczeniu ran i całéj terapii chorób zakaźnych.

Mija okres panowania czystéj empiryi w medycynie. Etyjologija chorób coraz więcéj rozjaśnia się. Poznajemy środki lecznicze, działające nie przeciw pojedyńczym objawom chorobowym, lecz już przeciw saméjże istocie choroby. Dotychczasowe wyniki badań bakteryjologicznych są nader ponętne, dodają one bodźca do szukania dalszych zdobyczy na tem tudzież jemu pokrewnych polach. Nihilizm w terapii, który niedawno jeszcze opanowywał umysły wielu nawet wybitnych lekarzy, co raz mniéj znajduje wyznawców, przynajmniéj w rzędzie ludzi, stojących na obecnym poziomie wiedzy lekarskiéj. Najzawziętszy sceptyk w zakresie medycyny zamilczeć musi wobec badań, przeprowadzonych z matematyczną niemal ścisłością przez zwarte szeregi przyrodników i lekarzy. A nie zapominajmy, iż dotąd bardziéj wyczerpująco wystudyjowano litylko sposób działania czynników chemicznych na życie bakteryj, podczas gdy mało jesteśmy powiadomieni co do niszczenia drobnoustrojów za pomocą sił fizykalnych. Stosunkowo najdokładniejsze wiadomości posiadamy o działaniu ciepła na mikroorganizmy. Ściślejsze badania nad wpływem światła i magnetyzmu są w toku. Lecz najusilniéj w latach ostatnich wzięto się do badań nad działaniem swoistem elektryczności[1]), jako takiéj, i jako współczynnika[2]) poważnego w walce przeciw drobnoustrojom. Choć w tym kierunku podjęte badania dotąd nie dały dodatnich wyników w dziedzinie oftalmologii, zaznaczmy jednak, iż niedawno podane sposoby leczenia chorób przewodu nosołzowego, tudzież chorób spojówki oraz rogówki za pomocą elektrolizy nie pozostaną, zdaje się, pomysłem jałowym klinicystów, którzy téj pono metodzie leczenia zawdzięczają niezaprzeczeme dobry skutek.

Obfity plon, jaki raz po raz zbierają badacze, studyjujący objawy życiowe drobnoustrojów tudzież ich stosunek do tkanek zwierzęcych, pozwala tuszyć, iż antyseptyka przyszłości stanie się znacznie prostszą. Znaleźć się muszą środki swoiste przeciw poszczególnym ustrojom chorobotwórczym, a gruntowne wyświetlenie wzajemnego stosunku mikrobów do pierwiastków ustroju ludzkiego zdoła uczynić go niewrażliwym na wpływy szkodliwe mikroorganizmów.

Dotyczasowy przebieg rozwoju postępowania przeciwgnilnego w lecznictwie daje wszelką rękojmię, iż oftalmologija i w tym kierunku nie da się wyprzedzić przez inne działy medycyny, a wówczas zakres chirurgii okulistycznéj poważnéj zmianie ulegnie, a leczenie chorób śródocznych na nowe tory wejdzie!

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby uszne.

Szenes: (Budapeszt). **Przyczynek do operacyjnego leczenia ostrego zapalenia ucha średniego.**

Jak powszechnie wiadomo przebieg ostrego zapalenia jamy bęb. jest różny i kończy się albo przedziurawieniem błony bęb albo też bez takowego. Wskazanem jest w każdym razie wyprzedzić samodzielne przebicie przez rozcięcie błony b. w miejscu odpowiedniem. Zabieg ten wykonany już w roku 1677 przez Riolanusa po raz pierwszy i przez Schwartzego r. 1868 na nowo opisany i polecany, nie pociąga za sobą żadnych złych następstw i jest zupełnie podobny do zwykłego nacięcia ropnia. Po wykonaniu zabiegu ustępują natychmiast bóle trapiące chorego dotychczas i zapobiega się przez to rozszerzeniu się sprawy na ściany jamy bęb.

[1]) indukcyjnéj. — [2]) elektroliza.

i na jamę czaszkową. Szczególnie w takich zapaleniach usznych, które dołączają się do chorób zakaźnych, należy koniecznie zebraną wydzielinę czém prędzéj wypróżnić, bo w takich przypadkach następuje szybko zniszczenie tkanki błony bęb., co sprowadza wielkie ubytki i oddzielenie się ewentualnie obumarłych kostek usznych. Najstosowniéj jest rozciąć błonę bęb. w tylnym, dolnym jéj odcinku, gdzie błona najłatwiéj jest dostępna i najwięcéj od wewnętrznéj ściany jamy oddalona. Tam zaś, gdzie błona na jakiembądź miejscu przez wypocinę jest wypukloną, najlepiéj naciąć w tém miejscu. Po operacyi należy wypocinę z jamy wycisnąć zapomocą przedmuchania lub przepłukania jamy bęb. przez trąbkę 0. 75% roczczynem chlorku sodowego.

Sz. omawia obszernie technikę tego zabiegu, możebne złe następstwa, leczenie pooperacyjne i żąda, ażeby każdy praktykujący lekarz szczególnie na wsi był w stanie wykonać tę prostą, a niekiedy życie ocalającą operacyję. (*Intern. Klin. Rundschau* N. *39. 1890*). *Dr. Spira.*

Choroby wewnętrzne.

Brentano i Tangl. **Przyczynek do etyjologii bielicy wrzekoméj.**

Autorowie opisują przypadek kliniczny, w którym za życia na podstawie chéry ogólnéj, obrzęku gruczołów chłonicowych szyjnych, pachowych i pachwinowych zbitych, niebolesnych i nie chełboczących, na podstawie powiększenia śledziony, braku powiększenia ilości ciałek białych krwi, braku prątków w plwocinach — rozpoznano bielicę wrzekomą, a w którym sekcyja, badanie drobnowidowe i bakteryjologiczne wykazały obok zmian charakterystycznych dla bielicy wrzekoméj także gruźlicę prosówkową. Dla téj choroby nie można było znaleźć wyjścia z wyjątkiem obrzmiałych gruczołów chłonicowych, w których wprawdzie nie znaleziono ani ognisk serowatych ani prątków gruźliczych, które jednak zaszczepione morskim świnkom wywołały ogólną gruźlicę prosówkową. Na podstawie tego przyłączają się autorowie do zdania tych, którzy przypuszczają, że pewne postacie chorób gruźlicznych gruczołów mogą za życia wystąpić w postaci bielicy wrzekoméj. Nie chcą twierdzić, jakoby wszystkie przypadki bielicy wrzekoméj były na tle gruźliczem, bo wykazano, że taki sam obraz chorobowy może powstać pod wpływem innych drobnoustrojów. Należy jednak według ich doświadczenia w każdym przypadku bielicy wrzekoméj zwracać uwagę na możliwą obecność gruźlicy. (*Deut. med. Wochenschr. 1891. N. 17.*)

Danisch: **O odmie podskórnéj w przypadkach zapalenia płuc i oskrzel.**

Autor podnosi 3 ważne szczegóły w przypadku obustronnego zapalenia płuc u dziecka 1½ letniego, mianowicie ogólną odmę skórną, niezwykłe zniekształcenie twarzy, przyczem zwraca zwagę, że rozdęcie skóry jest największe powyżéj uszu, *fossa canina* i na powiekach górnych — i wystąpienie obrzęku mózgu wskutek przekrwienia obocznego w jamie czaszkowej, który to objaw według autora zawsze towarzyszy tym przypadkom odmy skórnej, gdy i skóra głowy jest odmą zajętą. (*Deut. med. Wochenschrift.* 1891 Nr. 18.)

Schwalbe: **Rzadkie powikłania błonicy.**

Prawie na równi z porażeniem serca stoją dwa powikłania dość rzadkie: krwotoki i odma piersiowa z ogólną odmą skórną. Krwotoki mogą być zewnętrzne i wewnętrzne. Pierwsze powstają przy zgorzeli nosa i przełyku w następstwie ogólnéj *sepsis* i przy pęknięciu naczyń w sąsiedztwie rany tracheotomijnéj bez znanéj przyczyny, lub wskutek zajęcia błonicowego téjże rany, lub wreszcie wskutek odleżyny kaniulą utworzonéj. Krwotoki wewnętrzne powstają wskutek wrzodu odleżynowego, pęknięcia drobnych naczyń krwionośnych po oddzieleniu się błon dławcowych przy równoczesnem przekrwieniu płuc, lub wreszcie przy samoistném przekrwieniu płuc prawdopodobnie po przebyciu zapalenia włóknikowego oskrzeli. Przy krwotokach wewnętrznych jesteśmy bezsilni, przy zewnętrznych wczesne ujęcie naczynia broczącego może uratować życie.

Odma skórna nie jest niebezpieczną, ale świadczy, że zapalenie przeniosło się na krtań i niższe drogi oddechowe i wpływa tém samém na niepomyślne rokowanie, które jest tém gorsze, jeżeli się téż wytworzy odma piersiowa. Autor podaje ciekawy przypadek, w którym pomimo odny piersiowéj nie powstało zapalenie opłucny i w którym pomimo istnienia odmy śródpiersia nie można było wykazać trzeszczenia równoczesnego z akcyą serca, co trzeba przypisać równoczesnemu istnieniu odmy skórnéj i odmy piersiowéj. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem, leczony przez wypuszczenie powietrza z jamy opłucnéj, którą metodę autor bardzo poleca. (*Deut. med. Wochenschr. 1891 Nr. 21*).

Einhorn: **O stosowaniu błękitu metylowego w zapaleniu pęcherza moczowego, miedniczki nerkowéj i raku.**

Autor używał w 2 przypadkach zapalenia pęcherza i miedniczki i w jednym przypadku raka jajnika tego środka wewnętrznie z wynikiem pomyślnym. W przypadku gruźlicy płuc można było dowieść, że wydziela się też płucami (głównie moczem), bo go wykazano w plwocinach, ale nie działa antyseptycznie w płucach, bo plwociny szczepione na agarze nie powstrzymały rozwoju kolonij, podczas gdy mocz zawierający ten środek po 3 tygodniach szczepiony na bulion powstrzymał jeszcze rozwój kolonij. (*Deut. med. Wochenschr.* 1881. Nr 18.)

Joseph: **Przyczynek do patologii języka.**

Na podstawie drobnych zmian anatomicznych na języku w postaci obrzmienia i zaczerwienienia zwłaszcza końca, brzegów i dolnéj powierzchni w stosunku do silnych przypadów podmiotowych autor rozpoznał *glossitis superficialis chronica*, chorobę opisaną pierwszy raz przez Möllera. Autor uważa tę chorobę za identyczną z *glossodynia exfoliativa* Capoziego, podczas gdy oddziela tę postać glosydynii języka, którą opisał przed 6 laty Albert, gdzie symetrycznie po obu stronach języka istniały brodawczaki. Autor poleca w tych przypadkach 50% kwas mlekowy, który mu w *leucoplakia buccalis* niemałe oddaje usługi. (*Deut. med. Wochenschrift* 1891. Nr. 18.) *D. F.*

V. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

II. wykład: Dr. Machek: O wrodzonych zaćmieniach rogówki i o wrodzonych zboczeniach soczewki pod względem jej położenia.

Prelegent obserwował 3 przypadki obustronnych zaćmień rogówki wrodzonych, połączonych z *ectopia lentis.* We wszystkich przypadkach soczewka bywała przesuniętą w kierunku zaćmionej części rogówki. Powstanie wrodzonych tych zboczeń tłomaczy dr. M. opóźnionym oddzieleniem się soczewki wśród życia płodowego od rogówki. Wada ta jest zawsze obustronną, a tęczówka naprzeciw zaćmionej części rogówki źle rozwinięta.

Dr. Sroczyński wyraża możliwość powstania tej wady z owrzodzenia i przebicia rogówki powstałych pod wpływem *blenorrhoea* płodu.

III. Prof. Rydel czyni wniosek, aby sekcyja uznała za rzecz niezbędną ograniczenie sprzedawania kapsli niedorostkom z powodu licznych przypadków utraty wzroku przez zranienie kapslami. Wniosek ten uchwalono przedłożyć do uchwały ogólnemu posiedzeniu zjazdu.

Sekcyja medycyny teoretycznéj.

Posiedzenie III. Przewodniczący Prof. Feigel.

I. wykład prof. Feigla: „O przypadku pierwotnego raka odnogi dolnej, który powstał

w jamie kostnej“ był ogłoszony w „Przeglądzie Lekarskim“

II. wykład dra Kamockiego: O odczynach barwnych zwyrodnienia szklistego.

Prelegent przedstawia wyniki z badań nad spojówką uległą zwyrodnieniu szklistemu. Zwyrodnieniu temu podlegają tylko ścianki naczyń włosowatych i drobnych tętniczek oraz istota międzykomórkowa; komórki zaś tylko zanikają. Istnieje jednak i postać zwyrodnienia szklistego, gdzie zwyrodnieniu ulegają komórki limfoidalne.

III. wykład doc. Obrzuta: Histogeneza zwyrodnienia koloidowego, skrobiowatego i szklistego.

Prelegent dowodzi, że zwyrodnienia te nie są wyrazem przemiany istniejących składników tkanki w istotę koloidową, szklistą i skrobiowatą, lecz są następstwem złożenia tych istot w różnych tkankach. Istoty te pochodzą ze krwi; ta więc uległa przemianie koloidowéj, szklistej lub skrobiowatej. Na poparcie swych wywodów doc. Obrzut okazuje odpowiednie preparaty mikroskopowe.

W dyskusyi przemawiał prof. Mareš.

IV. wykład dra Steinhausa: Wyniki poszukiwań nad wewnątrzjądrowemi i wewnątrzkomórkowemi tworami w guzach złośliwych.

Wymieniwszy badania nad etyjologiją nowotworów złośliwych, podaje dr. St. spostrzeżenia swoje, poczynione w komórkach rakowych i mięsakowych. Prelegent znajdował mianowicie tak w jądrach komórek, jak i w pierwoszczy twory podobne do kokcydyjów. w których nieraz można było zauważyć coś nakształt jądra z jąderkiem. Ilość tych tworów w jednem jądrze komórki dochodzi czasem do kilkudziesięciu. Znaczenie opisanych tworów jest jeszcze nieznane.

Po skończeniu obrad sekcyjnych udali się członkowie i uczestnicy Zjazdu do parku imienia prof. Jordana gdzie z zajęciem przypatrywali się zabawom i ćwiczeniom dziatwy. Wieczorem zaś znaczna liczba członków i uczestników oraz wiele osób wybitnych z poza Zjazdu zgromadziła się na ucztę daną na cześć prof. Jordana. Szereg toastów rozpoczął prof. Baranowski; po nim prezydent Szlachtowski i prof. Jakubowski wszyscy na cześć i zdrowie czcigodnego filantropa, założyciela parku. Po odpowiedzi prof. Jordana przemawiali jeszcze dr. Święcicki, hr. Tarnowski, prof. Chodounsky i dr. Dunin.

W niedzielę dnia 19 lipca w południe udali się członkowie i uczestnicy Zjazdu w liczbie przeszło 500 osób na wycieczkę do Mnikowa podejmowani przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie. Osobny pociąg zawiózł uczestników wycieczki do Zabierzowa, zkąd furmankami udali się do Mnikowa. Tu powitał przybyłych prezes Towarzystwa Lekarskiego prof. Gluziński, opisując zarazem piękności roztaczającego się ze skał krajobrazu. Po posiłku część towarzystwa ochoczo bawiła się tanami przy dźwiękach znakomitéj muzyki 13 pułku, druga zaś część wyszła na szczyty skał, aby podziwiać wspaniały, cudnie piękny widok. Wieczorem w powrocie furmankami do Krzeszowic zachwycał wszystkich czarujący widok oświetlonych ogniami bengalskiemi ruin zamku tenczyńskiego. Z Krzeszowic osobny pociąg o godz. 11 wieczór odwiózł do Krakowa uczestników, którzy bardzo miłe zabierali ze sobą wspomnienie z téj wycieczki.

W poniedziałek dnia 20 lipca sekcyje zasiadły znowu do pracy, aby wyczerpać na ostatniem posiedzeniu przeznaczony do obrad materyjał.

Sekcyja medycyny wewnętrznej.

Posiedzenie IV. dnia 20 lipca przedpołudniem.

I. wykład dra. Rajkowskiego: „Środki wymiotne w leczeniu chorób zakaźnych“.

Prelegent na podstawie spostrzeżeń ze swojéj praktyki poleca stosowanie środków wymiotnych w chorobach zakaźnych, na których przebieg środki te korzystnie wpływają. Na zapytanie dra Arnsteina, jaki cel osiąga się przez stosowanie środków wymiotnych, a szczególnie jaki jest ich skutek w zakażeniu połogowem, odpowiada prelegent, że pod wpływem środków wymiotnych wzmaga się czynność serca, zwiększa się ilość wydzielin, z któremi toksyny łatwéj wydalić się mogą.

II. Referat prof. Jakubowskiego: „Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii z intubacyi krtani metodą O' Dwyera“.

Na wstępie zaznacza referent, że intubacyję pierwszy zaproponował w r. 1858 Bouchut, lecz dopiero od niedawna weszła ona w życie po udoskonaleniu narzędzi i po licznych doświadczeniach wykonanych przez O' Dwyera. W szpitalu dzieci św. Ludwika w Krakowie próby z intubacyją wykonywa się od listopada r. z. i dotąd stosowano tę metodę u 64 dzieci dotkniętych dławcem.

Następnie prof. Jakubowski podaje szczegółowy opis przebiegu dławca po tracheotomiji i po intubacyji, i powikłania, jakie się wydarzyć mogą po każdéj z tych operacyj. Wyniki do których referent doszedł są następujące: Intubacyja w ostrych chorobach krtani zająć powinna stanowisko równorzędne z tracheotomiją; w dławcu ograniczonym tylko do krtani daje prof. J. pierwszeństwo intubacyji przed tracheotomiją, jako zabiegowi łagodniejszemu i mniej powikłań po sobie pociągającemu. W dławcu rozległym, który zajmuje także tchawicę i oskrzela, lepiéj jest odrazu wykonać tracheotomiję, gdyż intubacyja jest środkiem niepewnym i wymagającym nieraz następowéj tracheotomii.

Gdy koreferent w téj sprawie dr. Momidłowski zrzekł się głosu, przystąpiono do dyskusyi, w któréj zabrał głos dr. Wróblewski, oświadczając się przeciw intubacyi, raz dla tego, iż w wykonaniu przedstawia wiele trudności, i wymaga wielkiej wprawy, któréj trudno żądać od lekarza praktykującego, nie zajmującego się specyjalnie chorobami krtani, gdy jéj nie posiada każdy specyjalista, a powtóre pociąga za sobą ciężkie powikłania.

Dr. Sokołowski zaznacza, że wyników przy leczeniu dławca i błonicy otrzymanych przez różnych lekarzy nie można brać bezwzględnie z tego powodu, że nasilenie epidemii téj choroby w różnych okolicach jest różne. Wyniki, które prof. Jakubowski przytoczył, są bardzo zachęcające, jednakże metoda ma to przeciwko sobie, że jest trudną do wykonania i wymaga ciągłego czuwania lekarza nad chorym. Dlatego intubacyja O'Dwyera może znaleść zastosowanie tylko w szpitalach i zakładach klinicznych większych miast, co z jednéj strony będzie zbawiennem dla chorych mieszkańców tych miast, a z drugiej strony da sposobność lekarzom do nabycia wprawy w wykonywaniu tego rękoczynu.

W podobnym duchu przemawia Dr. Górecki. Dr. Jodłowski opowiada z podróży swojéj po Azyi fakt, z którego wynika, że intubacyja znaną jest u niektórych plemion azyjatyckich. Kapłani tamtejsi używają w odpowiednich przypadkach do tego celu piór orlich.

Na zapytanie Dra Rajkowskiego, czy pozostawienie rurki w krtani nie przyczynia się do przedłużenia choroby odpowiada prof. Jakubowski, że intubacyja podobnie jak i tracheotomija o tyle przedłużają chorobę, że ratują chorego od uduszenia poczem sprawa chorobowa może albo ustąpić, albo posuwać się niżej do oskrzeli, czego ani tracheotomija ani intubacyja usunąć nie jest w stanie.

W dalszym ciągu prof. Korczyński składa sprawozdanie o petycyi lekarzy zdrojowych w Szczawnicy w sprawie ulepszeń, które należy zaprowadzić w tem zdrojowisku. Na wniosek prof. Korczyńskiego jako referenta uchwalono jednogłośnie bez dyskusyi, ażeby petycyję lekarzy zdrojowych szczawnickich przesłać Akademii Umiejętności jako właścicielce zdrojowiska z następującemi uchwałami:

Sekcyja medycyny wewnętrznéj VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zwraca uwagę c. k Akademii Umie-

jętności, 1) że Szczawnica wymaga koniecznie radykalnych ulepszeń, jeżeli ma wytrzymać konkurencyę z podobnemi zakładami zdrojowemi zagranicznemi, 2) że utrzymanie Szczawnicy na wysokości, któraby odpowiadała wszelkim wymogom balneoterapii i czyniła zadość słusznym wymaganiom chorych, jest koniecznem tak ze względu na dobro chorych, jakoteż przez wzgląd na dobro kraju; 3) że tylko większa niż dotąd dbałość o wprowadzenie koniecznych ulepszeń w urządzeniu zdrojowiska może zachęcić lekarzy do popierania Szczawnicy.

Nastąpił referat Dra Rosenblatta: O ile skuteczniejsze jest leczenie w krztuścu miejscowe, niż wewnętrzne.

Wywody referenta dadzą się zebrać w następujące punkty: krztusiec jest chorobą zakaźną miejscową, polegającą na rozwoju zarodka dotąd nieznanego, który prawdopodobnie dostaje się przez jamę nosa do krtani. Tu z początku drażni tylko błonę śluzową do kaszlu, jak każde inne ciało obce; późniéj jednak produkty rozwoju bakteryj zebrawszy się w odpowiedniéj ilości drażnią zakończenia nerwowe w błonie śluzowéj krtani i wywołują typowe napady kaszlu, które ustępują z wydaleniem się toksyn wraz z śluzem przy kaszlu, a na nowo się zjawiają po nagromadzeniu się nowéj ilości tych toksyn. Racyjonalne leczenie jest tylko miejscowe, które zdaniem ref. polegać ma w początku na stosowaniu środków przeciwgnilnych w postaci wcierań (kwasu karbolowego zgęszczonego, roztworu sublimatu) lub wdmuchiwań (proszku żywicy będźwinowéj); w późniejszym zaś okresie, gdy choroba się już rozwinęła, należy znieczulać błonę śluzową krtani 10—15% roztworem kokainy, przez co pauzy między napadami kaszlu stają się dłuższe i — jak ref. przypuszcza — nagromadza się przez ten czas taka ilość toksyn, która dalszemu rozwojowi bakteryj przeszkadza.

Koreferent w téj sprawie Dr. Kniaziołucki podziela zapatrywania referenta co do działania środków miejscowych, głównie kwasu karbolowego 50%, którego sposób stosowania bliżéj opisuje i przyznaje środkom wewnętrznym jedynie działanie symptomatyczne.

W dyskusyi Dr. Murdzieński odmawia wielkiego wpływu środkom leczniczym na przebieg kokluszu. Wziewania kwasu karbolowego są środkiem niebezpiecznym, gdyż mogą sprowadzić zatrucie. Najkorzystniejszy wpływ wywiera często pobyt na świeżem powietrzu.

Dr. Sokołowski zgadza się z referentem co do przypuszczenia natury pasorzytniczéj krztuśca, uważając chorobę tę za analogiczną z influenzą, zgadza się również na to, że najważniejszem jest leczenie miejscowe. Ponieważ pędzlowanie błony śluzowéj nosa u dzieci jest trudne, radzi Dr. S. stosowanie tamponów, które według doświadczenia jego łatwo można wprowadzić i które działają bardzo dobrze.

Dr. Lustgarten podnosi korzystny wpływ zmiany miejsca pobytu na przebieg kokluszu, jakkolwiek często po powrocie dziecka do pierwotnego miejsca choroba wraca.

Dr. Arnstein i prof. Jakubowski zwracają uwagę na niebezpieczne rozwlekanie epidemii przez wywożenie chorych na wieś, gdzie znajdują się dzieci zdrowe, lub co gorsza do zdrojowisk mieszczących wiele dzieci jak np. do Rabki. Odwołują się do lekarzy, aby starali się temu zapobiedz. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 17-go września 1891. W Nrze 35 naszego pisma str. 466 zaszedł błąd w stylizacyi rezolucyj, uchwalonych przez grono lekarzy powiatowych, wskutek czego ustęp 3-ci téj rezolucyi nie jest jasnym i należycie zrozumiałym. Ustęp ten powinien brzmieć jak następuje:

3) „Rząd powinien urządzić kursa naukowe dla lekarzy „powiatowych, celem obznajomienia ich z najnowszymi postępami „medycyny publicznéj, a zapomocą udzielania odpowiednich sub-„wencyj postarać się o to, aby wszyscy lekarze powiatowi ko-„lejno z krótkich takich kursów, urządzanych w większych od-„stępach czasu, skorzystać mogli“.

* Operator szpitala w Biały a nasz współpracownik dr. Józef Bogdanik, wykonał dnia 11-go b. m. we wsi Kamienicy pod Bielskiem operacyję cięcia cesarskiego przy pomocy kol. Tischlera. Wskazanie stanowiło rakowate zwężenie ujścia pochwowego maciey; operowana i dziecię żyją.

* Według wiadomości nadesłanéj przez Dra Karlińskiego przebyli pielgrzymi z Bośnii szczęśliwie 21-dniową kwarantanę w El-Dor i przybyli dnia 5-go b. m. do Klaremone koło Smyrny. W czasie pobytu w El-Dor nie zdarzył się pośród pielgrzymów ani jeden przypadek cholery; przypadki podejrzane bowiem badane bakteryjologicznie nie okazały się przypadkami cholery, w tych zaś, których przebieg był śmiertelny wykazały sekcyje dysenteryję.

* Towarzystwo Lekarskie w Edynburgu rozpisało konkurs na nagrodę Parkina w kwocie 2000 mrk. Za temat służy następujący: „O działaniu leczniczem gazu kwasu węglowego albo innego związku węgla w cholerze, lub innych, zwłaszcza gorączkowych chorobach“.

* Dr. Garcia w Santiago obniża ciepłotę dotkniętych żółtą febrą, wkładając ich do skrzyń o podwójnych ścianach, które nazywa „chambres polaires“. Przestrzeń pomiędzy ścianami skrzyń jest wypełniona lodem, ciepłotę wnętrza można obniżyć od +10 do 0°. Chory w skrzyni zachowuje ścisłą dyjetę; zimno wyjaławia powietrze, wpływa dodatnio na czynność nerek i działa moczopędnie, pomimo tego nie trapi chorych pragnienie tak uciążliwe w téj chorobie.

* Fröhner i Kundsen doświadczali szkodliwości mięsa ze zwierząt otrutych i wykazali, że po otruciu zwierząt pilokarpiną lub ezeryną nie zawiera mięso alkoloidów nierozłożonych; po otruciu weratryną i strychniną zawiera jedynie ślady tych ciał. Nieszkodliwość mięsa ze zwierząt otrutych tłomaczą tem, że mięso jak w ogóle tkanki żyjące rozkładają alkoloidy, wobec tego używanie mięsa ze zwierząt leczonych tymi środkami nie powinno być powodu zabronionem. (Z własnego doświadczenia znamy przypadek, w którym spożycie mięsa z krowy otrutej znaczną ilością przetworu ołowiu i dobitéj nie sprowadziło żadnéj szkody dla zdrowia ludzi. (*Przyp. Redakcyi*).

* W tygodniu 35-tym (od 29 sierpnia do 5 września) było w Krakowie małżeństw 2, urodzin 43, skonów 41; z tych z płonicy 1, z duru brzusznego 2, z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 4, z nieżytu żołądka i jelit 5.

* W Krynicy było do dnia 4-go września osób 4224; w Truskawcu do dnia 4-go b. m. 1200 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Prof. G. Goldschmidt został z Wiednia powołany na katedrę chemii w uniw. niemieckim. — **Wrocław.** Dr. Henryk Bitter habilitował się jako docent higijeny. — **Tybinga.** Dr. Dennig habilitował się jako docent chorób wewnętrznych.

* **Nekrologija.** W Buffalo zmarł dr. Fr. H. Potter, profesor laryngologii; w Montpellier prof. med. wewnętrznéj dr. Caston; w Cambridge profesor dentystyki w Trinity College Samuel Cartright.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 37: Oderfelda: O niedrożności jelit wskutek obecności w jamie brzusznéj t. zw *diverticulum Mekelii*; S. Goldflama: Przyczynek do etyjologii obwodowego porażenia nerwu twarzowego. — W *Medycynie* Nr. 37: Stockmanna: Kilka uwag nad sprawami chorobowemi natury zołzowéj.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.